N° 19
4

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 4 janvier 1907

PAR

ANDRÉ ANASTAZE

Né à Miliana, le 28 décembre 1876

Ancien externe

Interne des hôpitaux d'Alger

Préparateur d'anatomie pathologique à l'École de Médecine d'Alger

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS
2 FEB 10
LIBRARY

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR

Boulevard du Peyrou, 7

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... Doyen.
TRUC..... Assesseur.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie...	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : M. RAUZIER, De ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe.....	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.....	N...
Clinique gynécologique.....	De ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements	PUECH, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIERE.
RAYMOND (✻).	POUJOL.	GRYNFELTT Ed.
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. H. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEIRAN, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *professeur.*	VIRES, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON EXCELLENTE FEMME

Si cruellement ravie à mon affection, au seuil de l'existence.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

Qui furent si bons pour moi et qui s'imposèrent les plus lourds sacrifices pour faire de moi le peu que je suis.

A MON FILS

Sur qui se reporte toute mon affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

ANASTAZE.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ALGER
ET DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Je dédie ce modeste travail.

ANASTAZE.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, au moment de quitter l'hôpital de Mustapha où nous passâmes quatre années d'internat, nous éprouvons une bien sincère satisfaction en venant assurer de toute notre gratitude les Maîtres bienveillants qui ont pris le soin de diriger nos études.

Que MM. les professeurs Curtillet, Moreau, Cange et Scherb, dont nous avons suivi avec tant d'intérêt et de profit les savantes cliniques, soient assurés de notre inaltérable reconnaissance ;

Que MM. les professeurs Vincent, Rey, Rouvier, Brault, Ardin-Delteil, Goinard, Cabanes, Soulié ;

Que MM. les docteurs Battarel, Saliège, Sabadini, Denis, Reynaud, Cochez, Gillot, Lemaire, Alboulker, Dumolard et Bernasconi, reçoivent l'expression de notre profonde gratitude pour les fructueuses leçons et les sages conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer.

Nos remerciements s'adressent tout particulièrement à M. le professeur Vincent pour les observations qu'il a bien voulu nous communiquer et sur lesquelles repose notre travail ; également à notre ami le docteur M. Warot, chef de clinique chirurgicale, pour les précieux conseils qu'il a nous donnés ;

Que nos Maîtres de la Faculté de Montpellier qui nous ont accueilli avec tant de bienveillance soient assurés de notre reconnaissance. Nous sommes heureux d'offrir tous nos

remerciements à M. le professeur Tédenat pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Enfin, au moment de nous séparer de nos camarades de l'Internat parmi lesquels nous nous sommes créé de véritables amitiés, nous sommes heureux de remercier tout particulièrement les docteurs G. Sicard et Ch. Viallet de la sympathie qu'ils nous ont toujours témoignée jusque dans nos heures difficiles ; qu'ils soient assurés de notre inaltérable amitié.

INTRODUCTION

Le 5 juin 189.. entrait à l'hôpital de Mustapha, salle Lisfranc, une dame C..., âgée de 44 ans, malade depuis quatre ans, époque à laquelle était apparue au niveau de l'hypocondre droit une tumeur liquide : c'était un kyste hydatique qui fut ponctionné et vidé. Quatre mois plus tard, la malade revenait portant dans la même région une nouvelle tumeur. A l'examen on constatait les signes d'un pyopneumothorax. C'était le diagnostic porté par deux de nos maîtres. M. le professeur Vincent pensait plutôt à une lésion hépatique primitive. A l'opération, on trouvait un vaste abcès sous-phrénique pyogazeux consécutif à la rupture d'un kyste hydatique.

Le 26 février 1902, entrait salle Larrey, un nommé Salomon L..., porteur d'une plaie pénétrante de l'abdomen. Le coup de couteau avait atteint le malade un peu en dehors et au-dessous de l'appendice xyphoïde, sectionnant un cartilage costal. Après quelques jours, en présence de certains symptômes, l'interne du service diagnostiquait un épanchement pleural. M. le professeur Vincent pensait plutôt à un abcès sous-phrénique : l'intervention lui donnait raison.

Au mois de mai 1902, M. le docteur Lapin, d'El-Biar, était appelé auprès d'une petite malade chez laquelle il trouvait les symptômes d'une appendicite. Quelques jours après,

apparaissait de la douleur au niveau de l'hypocondre droit; puis, en percutant et en auscultant la base du poumon droit, il constatait les signes d'un épanchement pleural. Par ponction on retirait du pus dans lequel on décélait le bactérium coli commune. Diagnostic: pleurésie d'origine intestinale. Une intervention s'imposait. M. le professeur Vincent était appelé. Opération : vaste abcès sous-phrénique en communication avec une petite poche appendiculaire.

Si maintenant nous relisons le compte rendu des discussions qui eurent lieu à la Société de chirurgie, en novembre 1897, sur l'abcès sous-phrénique, nous trouvons :

1° Une observation de M. Peyrot, relatant le cas d'une femme qui entre dans un service de médecine pour de la fièvre et des phénomènes douloureux du côté de la poitrine. On pense d'abord à une congestion pulmonaire, puis à une pleurésie purulente enkystée. A l'intervention, on trouve la plèvre saine et au-dessous un abcès sous-phrénique.

2° Une observation de M. Tuffier. Il s'agit d'une femme pour laquelle on porte un diagnostic de pleurésie enkystée. On opère : on trouve une plèvre adhérente et plus loin un abcès sous-phrénique.

3° Une deuxième observation de M. Tuffier citant le cas d'un malade qui paraissait atteint d'un kyste hydatique de la face supérieure du foie. On intervient et on trouve un abcès sous-diaphragmatique.

4° Une observation de M. Potherat au sujet d'un malade présentant des troubles hépatiques avec une voussure de la région. Diagnostic posé : abcès du foie. A l'opération on trouve un abcès sous-phrénique.

En décembre 1897, à la Société de Chirurgie, M. Jalaguier cite le cas d'un petit garçon soigné à l'hôpital Trousseau pour point de côté, fièvre, vomissements, ballonnement du ventre, douleur très vive à l'hypocondre droit, léger souffle à la

base droite. Diagnostic : pleurésie diaphragmatique enkystée. On fait une ponction : pas de liquide. Plus tard à l'opération, on trouve un abcès sous-diaphragmatique avec prolongement vers le cœcum.

Ces quelques exemples, qu'il nous serait facile de multiplier, nous prouvent suffisamment combien le diagnostic des collections sous-phréniques est chose délicate et difficile. L'évolution en est si variable, les symptômes parfois si peu nets, si peu caractéristiques, que bien souvent les meilleurs cliniciens s'y trompent.

Aussi, sur les conseils de M. le Professeur Vincent, nous a-t-il paru intéressant de choisir ce sujet et d'en faire une courte étude à l'occasion de notre thèse inaugurale. Nous tâcherons d'insister davantage sur l'étiologie, la symptômatologie et enfin le diagnostic, ce dernier très important puisqu'il est, comme le dit Lejars, « le facteur principal de la guérison. »

HISTORIQUE

Dénommé tour à tour : pyo-pneumothorax par Leyden, faux pneumothorax par Cossy, empyème sous-phrénique (Van Lair), abcès péritonéaux paraphréniques (Mauclaire), péri-hépatite suppurée avec abcès fétide (Rigal), abcès supra-hépatique (Bernheim), nous définirons l'abcès sous-phrénique, avec Lauenstein : « Une collection purulente, limitée à droite par le foie et le diaphragme, et à gauche par le diaphragme, l'estomac, le rein du même côté, la rate et le colon. »

Les suppurations sous-phréniques ne furent, à l'origine, que des trouvailles d'autopsie. Veit, le premier, en 1797, rapporta une observation de kyste hydatique situé entre le foie et le diaphragme.

En 1826, Louis publia l'observation d'un abcès sous-phrénique consécutif à un abcès du foie.

Puis furent publiées des observations de Wright (1829), de Bright (1834), de Barlow (1845), celui-ci relatant le cas d'un abcès rempli de pus et de gaz très fétides, consécutif à deux perforations de l'estomac, de Bouchaud (1862), de Rigal (1874), de Pastouraud (1874), de Pfühl (1877), d'Eisenlohr, de Trousseau (1877).

Ce fut, dit-on, Eisenlohr qui, le premier, fit le diagnostic pendant la vie du malade.

Leyden, en juillet 1879, et Cossy, en novembre de la même année, donnèrent de cette lésion une description clinique complète.

Leyden décrivit le pyo-pneumothorax sub-phrénicus ; Cossy, le pneumothorax engendré par les gaz provenant de l'intestin.

En même temps, on essaya d'instituer un traitement. Celui-ci fut d'abord médical ; mais il donna des résultats désastreux. Aussi le traitement chirurgical lui fut-il bientôt substitué.

Le premier, en 1841, Williams avait incisé un abcès dû à une perforation du colon transverse.

Longtemps après, en 1874, Rigal se servit de la pâte de Vienne pour ouvrir un abcès ; la simple ponction ne triompha pas longtemps. Elle fut remplacée par l'incision, soit par la voie transpleurale, soit par la voie abdominale,

Les interventionnistes furent : Jaffé (1881), Rendu (1881), Lannelongue (1888), Küster (1889), Debove (1890), Körte (1891), Leyden, Arnozan (1893), Mackenzie (1894), suivis de beaucoup d'autres.

En 1874 paraît un mémoire de Foix.

En 1886, une thèse de Deschamps.

Quelques années après viennent successivement les thèses de Ramadan (1891), Grandsire (1892), Reverseau (1895), Thouvenin (1896).

En 1895, Mauclaire publie dans la *Gazette des Hôpitaux* une revue générale de la question.

Puis viennent les thèses de Besredka (1897), Rosain (1897), Sousselier (1898), Martinet (1898), Page (1898), Dalbès (1900), Rallier du Baty (1901).

Citons les travaux de Monod et Courtois-Suffit (1897-1898).

En 1902, un travail de M. Lejars, dans la *Semaine Médi-*

cale, où il indique d'une façon précise la technique opératoire des abcès sous-phréniques. Cette affection, en effet, est maintenant passée dans le domaine de la chirurgie.

Citons enfin, en 1904, les publications de F. et G. Gross sur la perforation de l'estomac par ulcère (*Revue de Chirurgie*).

Et en février 1906, l'article de M. P. Carnot, sur les abcès sous-phréniques (*Semaine médicale* du 11 février).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

La région sous-phrénique de l'abdomen est limitée, en haut, par la voûte concave que forme le diaphragme. Ce muscle sépare la cavité abdominale de la cavité thoracique ; c'est-à-dire des deux plèvres et des poumons, latéralement, du médiastin et des organes qui y sont contenus, au milieu. Les parois sont formées en avant par la portion épigastrique de la paroi abdominale antérieure, en arrière par le corps des dernières vertèbres dorsales, des premières lombaires et les côtes. Sur les côtés par la face interne des cinq dernières côtes et les espaces intercostaux correspondants.

Dans cette loge, nous trouvons de gros et importants viscères : le foie qui en occupe toute la partie droite, l'estomac, la rate à gauche, le pancréas en arrière, les deux reins, qui appartiennent aussi à cette loge par leur pôle supérieur.

Le péritoine en tapisse le plafond et les parois ; de plus il forme entre ces dernières et les viscères cités plus haut d'une part, et entre les viscères eux-mêmes de l'autre, des ligaments, des mésos, qui sont comme autant de cloisons divisant en plusieurs loges secondaires la grande cavité sous-diaphragmatique. Enfin, cette même séreuse s'invagine au niveau de la face inférieure du foie, derrière les organes du hile et va former l'arrière cavité des épiploons dont la partie supérieure, limitée par l'estomac en avant, la paroi abdomi-

nale postérieure en arrière, et la rate à gauche, est contenue dans la cavité sous-phrénique.

Il en résulte que la cavité, au lieu d'être unique, est formée d'une série de loges, communiquant entre elles et avec le reste de la cavité abdominale, dans lesquelles s'accumulent les épanchements purulents ou gazeux, formant autant de foyers de péritonite parfaitement fermés, grâce aux adhérences inflammatoires qui viennent fermer les ouvertures qui existent normalement.

Hadra distingue trois poches sous-phréniques :

1° La poche péri-hépatique droite que limitent en haut le diaphragme, en bas la partie droite du colon transverse, à gauche le ligament falciforme et l'épiploon gastro-hépatique ;

2° La poche sous-diaphragmatique située à gauche du ligament suspenseur du foie et de la grande courbure de l'estomac ;

3° L'arrière cavité des épiploons.

Martinet, dans sa thèse, divise la deuxième en deux loges :

« L'une, inter-hépato-diaphragmatique gauche, limitée à droite par le ligament suspenseur, en arrière par le ligament triangulaire, en bas par la face supérieure du lobe gauche du foie et une portion de la face antérieure de l'estomac, en haut et à gauche par le diaphragme, en avant par des adhérences pathologiques qui se forment entre le diaphragme et le bord antérieur du lobe gauche et par une portion de la paroi abdominale antérieure.

« L'autre, péri-splénique, ou loge gastro-splénique de Dieulafoy, limitée en haut par le diaphragme et l'extrémité gauche du lobe gauche du foie, en dedans par la grosse tubérosité stomacale et le pancréas, en arrière par le diaphragme et le rein, en avant par le diaphragme et l'épiploon, en dehors par le diaphragme et les côtes, en bas par le coude gauche du colon ». Il cite d'ailleurs, pour justifier cette division, des

observations où la collection purulente s'était nettement localisée dans l'une ou l'autre des deux loges.

Toutes ces loges sont intra-péritonéales. On en décrit d'autres extra ou rétro-péritonéales. Le pus peut s'amasser en effet dans le tissu cellulaire qui sépare le péritoine pariétal de la paroi abdominale postérieure, dans la région péri-pancréatique, dans la partie supérieure des loges péri-néphrétiques, enfin au niveau du bord postérieur du foie entre les deux feuillets du ligament coronaire.

Le siège de la collection varie suivant que tel ou tel organe est malade ; ou mieux, chacune des variétés anatomiques d'abcès a pour cause une lésion d'un organe et parfois même d'une partie limitée d'un organe.

Ainsi, les abcès péri-spléniques résultent, presque toujours, d'une affection de la rate, soit un abcès de cet organe consécutif au paludisme, à un traumatisme ou à des infarctus, soit à une perforation de la grande courbure de l'estomac.

Les abcès inter-hépato-diaphragmatiques droits sont consécutifs soit à un kyste hydatique suppuré du lobe droit du foie, soit à un abcès de cet organe ouvert sous le diaphragme, soit à une perforation de la région pylorique de l'estomac ou du duodénum.

Quelques-uns de ces abcès résultent de la propagation jusqu'à la face supérieure du foie d'une collection appendiculaire (Observation de Spillmann). Dans ce cas ce sont tantôt des abcès à distance, tantôt des abcès qui ont fusé dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal et sont venus s'épancher, brisant la barrière que leur oppose le ligament coronaire, entre le diaphragme et le péritoine au niveau de la face convexe du foie.

Les abcès inter-hépato-diaphragmatiques gauches ont très souvent pour origine une perforation de la paroi stomacale antérieure.

Les perforations de la face postérieure s'accompagnent d'un abcès de la loge rétro-stomacale de l'arrière cavité des épiploons.

L'abcès inter-hépato-stomacal (ou gastro sous-hépatique de Dieulafoy) se rencontre lors d'une perforation de la région pylorique ou de la petite courbure de l'estomac ; nous en avons un exemple dans l'observation n° 4.

Les abcès sous-phréniques rétro-péritonéaux sont presque toujours d'origine appendiculaire ou péri-cœcale. Le pus, suivant une marche ascendante, trouve une voie facile dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, vers le foie.

Quelques-uns, mais ceux-là sont rares, sont consécutifs à un abcès ou à un kyste hydatique du bord postérieur du foie, qui vient s'ouvrir dans le tissu rétro-péritonéal entre les deux feuillets du ligament coronaire (Observation de Thiroloix et de Jayle), ou bien à une péri-néphrite suppurée (observation Riz — 4 obs. de Körte), ou enfin à un abcès du pancréas (une observation de Page, une de Körte).

Au point de vue anatomo-pathologique, tout abcès sous-phrénique présente à étudier une poche et un contenu. Ce que nous venons de dire des variétés des abcès sous-phréniques nous évite de parler des différentes situations que peut occuper la poche purulente. Ses dimensions sont également variables, allant de la grosseur du poing jusqu'au volume de la tête d'un enfant et même davantage.

Dans ce dernier cas, la tumeur refoule le diaphragme jusqu'à la quatrième ou troisième côte.

La paroi est presque toujours épaisse, pyogène ou gangréneuse. On rencontre souvent une perforation faisant communiquer la poche avec l'estomac, le duodénum, la vésicule biliaire, la plèvre, les bronches. Cette perforation peut avoir été antérieure à l'abcès et en être la cause, ou bien lui être postérieure et succéder à une évacution spontanée.

Le contenu de la poche est formé tantôt par du pus seul, tantôt par du pus et des gaz.

Le pus, parfois simplement louche, parfois épais, grumeleux ou fétide ; il peut contenir des corps étrangers, notamment des hydatides ou des débris comme dans notre obs. n° 3. Les gaz ont une tension plus ou moins forte, suivant leur degré de communication avec le tube digestif. Ils proviennent soit de l'estomac, soit des fermentations anaerobies provoquées par les microbes intestinaux. Dans ce dernier cas, ils sont extrêmement fétides.

Ces abcès évoluent d'une façon très variable. Parfois on constate des abcès multiples, des suppurations à distance (Observation de M. Carnot).

Très souvent, l'évacuation a lieu au niveau d'organes voisins, à la peau ; au niveau du péricarde (Wickham Legg) ; ils s'ouvrent spontanément encore dans les voies aériennes; plèvre, poumon, avec production de vomique (Observation de M. Ghika ; observation de Monod, *loco citato*) et dans le tube digestif.

ÉTIOLOGIE

En faisant cette étude rapide des différentes variétés d'abcès sous-diaphragmatiques, nous avons en partie indiqué quelles sont les causes de ces localisations spéciales de l'infection péritonéale. Il nous faut compléter cette étude. Et tout d'abord notons qu'au point de vue clinique on divise les abcès en deux grandes classes :

A. Les abcès non gazeux ;

B. Les abcès gazeux,

auxquels il faut ajouter une 3e variété déjà connue :

Les abcès rétro-péritonéaux.

Nous connaissons déjà les causes de ces derniers ; nous n'y reviendrons pas.

A. Les abcès non gazeux

Les abcès non gazeux, au point de vue étiologique, peuvent être classés, comme le fait Lejars, de la façon suivante :

1° Abcès d'origine traumatique, consécutifs à une plaie par armes à feu ou par coup de couteau des hypochondres; ou encore à un traumatisme sans plaie. Ces cas sont assez rares. Nous en publions plus loin deux observations ;

2° Abcès d'origine hépatique ou splénique. Ceux-ci sont les plus fréquents. Ils résultent, comme nous l'avons déjà dit,

de kystes hydatiques suppurés, et des suppurations intra-hépatiques, d'angiocholite suppurée, de cholécystite suppurée (Observation de M. Paul Carnot), d'abcès et d'infarctus de la rate ;

3° Abcès d'origine osseuse, dont le point de départ est, une suppuration costale ;

4° Abcès d'origine pleurale. Forme rare. Dans ces cas, l'espace sous-phrénique est infecté par un empyème voisin ;

5° Abcès d'origine appendiculaire.

Ces derniers abcès sont généralement des abcès à distance. L'infection se fait par les lymphatiques. Il est peut être intéressant d'insister sur cette origine appendiculaire des abcès sous-diaphragmatiques. Qu'il s'agisse d'abcès intra-péritonéaux ou rétro-péritonéaux, on peut dire que cette complication, jusqu'alors rare de l'appendicite, semble devenir de plus en plus fréquente. Peut-être est-ce parce que l'appendicite est plus fréquemment observée ? Peut-être tout simplement parce qu'elle est mieux connue.

Existe-il, comme le veut Beck, une relation assez étroite entre les appendicites et les abcès sous-diaphragmatiques? Est-il vrai que les deuxièmes seront trouvés avec autant de fréquence que les premières, quand on les recherchera avec soin? C'est là, semble-t-il, une opinion exagérée, mais elle n'en contient pas moins une part de vérité. Tant que l'appendicite en effet, fut une maladie inconnue, tant que la typhlite seule fut admise, aucun cas d'abcès sous-phrénique d'origine péri-cœcale ne fut publié. Du jour, au contraire, où l'appendicite détrona la typhlite, il a suffi qu'une ou deux observations d'abcès d'origine appendiculaire soient publiés pour que, comme le prouvent les statistiques, cette complication soit de plus en plus constatée. C'est Hillairet, qui le premier, en 1849 rapporte l'observation d'un malade ayant présenté le symptôme d'une appendicite, et à l'autopsie du-

quel on trouva un acbès sous-phrénique, en même temps qu'une collection dans la fosse iliaque droite. Puis, en 1877, l'observation d'Eisenlohr qui trouve un abcès gazeux sous-diaphragmatique et en même temps deux ulcérations de la muqueuse de l'appendice vermiforme.

En 1891, Jaffé relate un abcès péri-cœcal consécutif à une perforation de l'appendice ; en même temps existait au dessus du foie une vaste collection purulente. Ces observations se multiplient principalement dans la période contemporaine : citons celles de MM. Jalaguier (*Semaine médicale*, 1897), Berger, Spillmann, Dieulafoy, Loison, etc. M. Lejars a pu en réunir 59 cas (*Semaine médicale,* 1902). A ceux-ci il faut ajouter 27 cas publiés par M. Körte au Congrès de la Société allemande de Chirurgie, en avril 1902. Nous-même en rapportons un cas dans ce travail.

Dans un numéro de la *Semaine médicale* d'août 1903, a paru un article de MM. Christian et Lehn dans lequel ils rapportent que, sur 86 cas d'appendicite aiguë, ils trouvèrent sept fois à l'autopsie une collection purulente intéressant la région sous-diaphragmatique, ce qui fait une moyenne de 8,13 0/0. On voit que les abcès sous-phréniques appendiculaires constituent encore une affection assez rare ; mais il est très probable que plus l'attention sera attirée vers ce point, plus cette complication sera souvent diagnostiquée.

Enfin il nous faut parler d'une dernière variété d'abcès non gazeux : ce sont les abcès métastatiques. Comme cause, on ne trouve aucune lésion des organes de la région abdonimale. Leur étiologie est assez obscure. Très fréquemment on trouve dans les antécédents des malades des troubles gastro-intestinaux, gastrites, entérites, dysenterie, constipation. Dans d'autres cas, le point de départ paraît être une angine, une adénite, une furonculose.

En un mot, dans tous ces cas, l'abcès sous-phrénique

résulterait d'une infection dont la porte d'entrée serait une lésion de la muqueuse digestive ou de la peau, et qui se serait propagée par la voie lymphatique ou la voie sanguine.

B. Les abcès sous-phréniques gazeux

Ces abcès reconnaissent pour cause, d'une façon presque absolue, une lésion du tube digestif, siégeant surtout au niveau de l'estomac, puis du duodénum et de l'appendice. Ce sont de beaucoup les plus communs ; ils représentent à eux seuls les deux tiers des cas.

On a bien cité des cas d'abcès pyogazeux dûs à une contusion abdominale, à un abcès du rein, de la rate, à une perforation du duodénum et du colon transverse ; ce sont là des cas exceptionnels. Dans la majorité des cas, le point de départ du pyo-pneumothorax sub-phrenicus est une perforation de l'estomac consécutive parfois à un cancer de l'estomac (Observation de Hilton-Fagge), mais presque toujours à un ulcère. Les statistiques suivantes le montrent suffisamment :

1° Statistique de Nowack

(*80 cas*)

Ulcères de l'estomac.....	32	cas
Cancer de l'estomac.....	3	—
Kystes hydatiques du foie.....	8	—
Lithiase biliaire et cholécystite..	3	—
Typhlites et appendicites.....	8	—
Traumatismes...	5	—
Affections spléniques.....	3	—
Affections rénales.....	3	—
Affections thoraciques..... ..	2	—
De cause inconnue	10	—

2° Statistique de Lang (1895)

(176 cas)

Maladies de l'estomac	42	cas
— du duodénum	10	—
— des autres parties du tube digestif	2	—
Typhlite et périthyphlite	26	—
Maladies du foie	9	—
— des voies biliaires	17	—
— de la rate	6	—
— des organes génitaux de la femme	4	—
— des reins	3	—
Maladie de la cage thoracique	6	—
Cause inconnue	35	—

3° Statistique de Martinet (1898)

(130 cas)

Affections stomacales (ulcères)	55	cas
Kystes hydatiques du foie	9	—
Lithiases biliaires	5	—
Affections hépatiques diverses	3	—
Typhlites et appendicites	8	—
Affections spléniques	6	—
— rénales	4	—
— thoracique	1	—
De cause inconnue	20	—
Abcès post-dysentériques	8	—
Pancréatites suppurées	3	—
Causes diverses : Furonculose, actinomycose, tuberculose péritonéale, paludisme, constipation	7	—

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie des abcès sous-phréniques est aujourd'hui bien connue. Elle est longuement décrite dans les ouvrages classiques. On s'est attaché à découvrir, à préciser un grand nombre de symptômes pour arriver rapidement au diagnostic exact. Malgré cela, les erreurs sont encore fréquentes, tant cette affection est parfois variable dans son début et son évolution. D'ailleurs la symptomatologie varie avec la pathogénie, avec la nature, selon qu'il s'agit d'un abcès purulent ou gazeux; elle varie surtout avec le développement, suivant que la collection évolue en bas dans la cavité abdominale ou chemine de bas en haut vers la cavité thoracique.

D'une façon générale, le début est brusque. Le malade est pris d'une douleur violente dans la région sus-ombilicale, à l'épigastre ou dans les hypocondres, le siège de la douleur étant presque toujours en rapport avec le siège de l'abcès. Elle est suivie de signes péritonéaux : météorisme, ventre tendu, nausées, le pouls est petit, le facies grippé ; puis, au bout de quelques heures, d'un jour ou deux, les phénomènes s'amendent, l'abcès est collecté, l'examen du malade est possible.

Dans l'abcès gazeux, le début est encore plus brusque, la douleur plus violente, plus atroce « en coup de poignard » ;

elle a son maximum à l'épigastre et s'irradie vers les hypocondres. Presque toujours cette douleur s'accompagne d'un point douloureux en arrière, soit interscapulaire, soit scapulaire. Dans un numéro de la *Presse médicale* de 1901, M. J. Faure insiste sur ce symptôme qui indique un accident aigu du côté des viscères sous-diaphragmatiques.

Quand la période aiguë est terminée, on observe les signes habituels de la péritonite localisée.

Les vomissements initiaux sont variables : ils sont souvent alimentaires, bilieux, puis porracés. Ils manquent quelquefois. Certains auteurs ont insisté sur ce point. C'est là d'ailleurs un fait fréquemment observé : quand un ulcère de l'estomac se perfore, les vomissements cessent. Macaigne et Soulignoux, dans la *Médecine moderne*, rapportant l'observation d'un abcès sous-phrénique gazeux, notent la cessation des vomissements aussitôt après la perforation de l'ulcère stomacal.

La température est également très variable ; très haute 39°5 et 40°, ou au contraire peu élevée 38°.. Il peut se produire aussi de grands accès de fièvre intermittente symptomatique avec stades de frisson, de chaleur, de sueur, ou de grandes oscillations thermiques (P. Carnot).

Martinet insiste sur la constipation « extrêmement rebelle, probablement par paralysie de la tunique intestinale sous-jacente à la séreuse enflammée et impossibilité de l'effort ».

Mais il arrive parfois des alternatives de diarrhée et de constipation.

Leyden et Jaccoud signalent la présence de pus dans les garde-robes.

Inspection et palpation

L'examen du malade nous révèle des troubles respiratoires :

dyspnée, respiration courte et superficielle. Celle-ci n'est pas précisément due à l'augmentation de la douleur consécutive aux mouvements inspiratoires trop étendus, mais plutôt à une parésie du diaphragme.

De plus, le patient immobilise le côté malade; cette moitié du thorax « respire mal », les côtes inférieures sont immobilisées, la respiration a pris le type costal supérieur : c'est un signe très important et que l'on rencontre toujours dans les abcès sous-phréniques à développement supérieur.

En examinant l'abdomen, on constate une différence tranchée entre les parties sus-ombilicale et sous-ombilicale. Au-dessous de l'ombilic le ventre est souple, à peine sensible à la pression ; au-dessus, au contraire, la paroi est dure, contractée, douloureuse.

Très généralement il existe une voussure soit épigastrique, soit au niveau des hypocondres ; le rebord costal est soulevé. Cette voussure est souvent très considérable, et, quand il s'agit principalement d'un abcès gazeux elle « fait bosse », comme dit Lejars, attirant de suite l'attention. Quand elle occupe uniquement l'épigastre, elle est pathognomonique de l'abcès gazeux. D'autres fois, la voussure peut donner à l'abdomen un aspect bilobé Elle peut aussi être beaucoup moins considérable ; il faut regarder à jour frisant; les côtes ne bougent pas et paraissent élargies à la base. La mensuration indique, en outre, quelques centimètres de plus d'un côté.

Ce relief peut manquer dans les abcès non gazeux : il faut alors chercher méthodiquement, par la palpation, un point douloureux, très limité, sur le rebord costal, qui indique la place de la collection.

Percussion

Si l'on percute, les résultats seront différents, suivant les variétés d'abcès.

Si l'abcès est simplement purulent, on obtient de la matité en avant, en arrière et dans la ligne axillaire. A droite, elle descend souvent très bas, c'est qu'elle se continue avec le foie qui est fortement abaissé. A gauche, l'espace de Traube devient mat. Du côté du thorax, cette matité remonte à une hauteur variable, parfois jusqu'à la quatrième, la troisième côte, limitée par une ligne convexe vers le haut; la coexistence d'un épanchement pleural peut alors être une cause d'erreur. Cette matité existe dans toutes les positions que l'on fait prendre au malade.

Si l'abcès est gazeux, on trouve, le sujet étant dans le décubitus dorsal, une sonorité tympanique au niveau de la voussure, le gaz affleurant partout sous la peau ; le liquide s'infiltrant dans les parties profondes ne se manifeste plus par de la matité. La percussion ne donne pas les mêmes résultats quand on fait asseoir le malade : la partie inférieure de la voussure est devenue mate ; au-dessus est la zone de sonorité tympanique surmontée de la zone de sonorité pulmonaire normale. A droite, la sonorité hépatique a disparu ; elle est remplacée par une zone de sonorité franche. Si maintenant on examine le malade à quatre pattes, on trouve de la matité partout.

Auscultation

L'auscultation nous donnera des renseignements également variables, suivant l'une ou l'autre espèce d'abcès.

S'agit-il d'un abcès non gazeux? Il y aura abolition ou diminution du murmure vésiculaire, du souffle, de l'égophonie, de la pectoriloquie aphone, en un mot, tous les signes d'un épanchement pleural ; mais ce qu'il faut noter, c'est qu'immédiatement au-dessus de la limite supérieure de matité, les signes pleurétiques disparaissent brusquement, la respiration redevient presque normale.

Si l'abcès est gazeux, on trouve les signes d'un pneumothorax partiel inférieur, c'est-à-dire le bruit normal de la respiration dans la partie supérieure du poumon, au-dessous un souffle amphorique et,tout à fait en bas, un peu d'obscurité respiratoire ; en outre, on constate le tintement métallique, le bruit d'airain et le bruit de succussion hippocratique quand on remue le malade. « Il y a bien, en effet, dit Lejars, un pyo-pneumothorax, mais il est dans le ventre et c'est le sens qu'il convient d'attribuer au terme de pyo-pneumothorax subphrenicus de Leyden. »

Aux symptômes physiques viennent s'ajouter les symptômes généraux. L'état général est grave ; le malade s'affaiblit rapidement, l'appétit est nul, le teint est plombé, les yeux excavés, le facies grippé. Le pouls est petit, fréquent ; la fièvre plus ou moins élevée.

Ce ne sont pas là heureusement les seuls signes que le médecin a à sa disposition pour arriver au diagnostic de cette affection. Ils seraient insuffisants. Il en est d'autres importants que nous allons indiquer en faisant l'étude du diagnostic.

DIAGNOSTIC

D'une façon générale, le diagnostic de l'abcès sous phrénique est difficile, quelquefois il est impossible. Mais des deux variétés, l'abcès gazeux est celui dont le diagnostic comporte le moins de difficultés. Il se présente habituellement avec des caractères assez nets, assez spéciaux pour qu'on puisse le reconnaître plus facilement.

Un des éléments de diagnostic le plus important des abcès gazeux est l'élément étiologique. (Nous parlons, bien entendu, de la forme la plus fréquente, des abcès consécutifs à une perforation d'un ulcère de l'estomac.)

En présence d'un malade ayant présenté les symptômes passés en revue plus haut, l'interrogatoire, l'analyse des anamnestiques, nous apprennent que depuis un certain temps le malade présentait les signes d'un ulcus, douleurs épigastrique et dorsale, vomissements alimentaires très acides, puis hématémèse, selles noirâtres, etc. Quelquefois, cependant, et c'est là un détail que le clinicien doit connaître, l'ulcère a évolué d'une façon latente, insidieuse, ne donnant lieu qu'à quelques vagues troubles digestifs.

Puis, un jour, brusquement sont apparus les symptômes d'une perforation, avec disparition des vomissements. Outre ces signes, on constate l'excitence d'une voussure épigastrique à sonorité tympanique, au niveau de laquelle l'auscultation

fait découvrir un bruit d'airain, le tintement métallique, etc. Dans ce cas, le diagnostic s'impose.

Si la collection n'est pas épigastrique, si une voussure peu marquée au niveau des hypocondres suppose un abcès profondément situé au-dessus du foie ou de la rate, le diagnostic est plus délicat.

Par la percussion, par l'auscultation, on trouve les symptômes d'un pneumothorax partiel inférieur. Existe-t-il quelques signes particuliers qui caractérisent une collection pyogazeuse sous-phrénique ?

Il faut noter d'abord que l'abdomen présente quelques troubles, une voussure plus ou moins marquée au niveau des hypocondres, un abaissement parfois notable du foie.

Il faut remarquer aussi que le pneumothorax descend très bas, il se prolonge sous l'épigastre, « il semble être et il est réellement dans le ventre, dans la partie la plus élevée du ventre.»

En auscultant, on constate qu'au niveau de la limite supérieure de la matité le poumon respire bien, à moins, bien entendu, qu'il n'y ait en même temps un épanchement pleural. Au contraire, dans le pyopneumo-thorax vrai, les bruits pulmonaires ne reparaîtront qu'à la partie toute supérieure de la poitrine.

M. le professeur Lépine, dans un article de la *Revue de Médecine*, indique d'autres petits signes. Ce sont :

1° L'absence des signes d'une affection thoracique, au moins au début ;

2° Le déplacement des zones sonores et mates, plus complet que dans le cas de pneumothorax ;

3° L'intégrité de la partie supérieure du thorax.

En somme, il n'existe pas à proprement parler de symptômes distinctifs caractéristiques de ces abcès pyogazeux profonds, et ce ne sera que par une étude soignée des commémoratifs,

par une analyse minutieuse des symptômes, par la recherche de ces différents détails, de ces nuances, que le clinicien pourra distinguer le faux pyopneumo-thorax du vrai.

Plus sérieuses encore seront les difficultés quand il s'agira de reconnaître un abcès sous-phrénique non gazeux. C'est que celui-ci se présente avec des caractères encore moins nets que les précédents.

Un élément d'une grande valeur nous manque ici : c'est l'élément étiologique. Ces abcès purulents, qu'ils soient intra ou extra-péritonéaux peuvent résulter de tant d'affections différentes, leur étiologie est si diverse et si obscure, que souvent elle n'est d'aucune aide pour le diagnostic.

Peut-être pourrait-on diagnostiquer plus facilement l'abcès sous-phrénique d'origine appendiculaire? Quand dans le cours d'une appendicite certains troubles se produiront du côté de la région hépatique ; quand un point douloureux s'y localisera ; quand une voussure apparaîtra avec de la matité, de l'abaissement du foie, le clinicien pourra peut-être, pensant à cette complication, diagnostiquer un abcès sous-phrénique. Ce n'est là qu'une supposition, d'autant plus que l'appendicite peut se compliquer dans la même région d'autres abcès, bien voisins des abcès sous-phréniques, nous voulons parler des abcès du foie et des pleurésies purulentes d'origine appendiculaire.

Peut-être pourra-t-on distinguer l'abcès sous-phrénique des abcès du foie, en se rappelant que le pus de ces derniers est souvent stérile. Hanot et Achard ont insisté sur ce signe.

Heureusement que, pratiquement, le clinicien n'est pas tenu à une aussi grande exactitude. Le principal pour lui est de reconnaître que, profondément dans les hypocondres, il existe une collection purulente. Quelle que soit son origine, qu'elle soit hépatique ou extra-hépatique, splénique ou péri-splénique, ce qu'il est important, dit M. Lejars, c'est de

savoir si le foyer est au-dessus ou au dessous du diaphragme. On peut même ajouter que dans certains cas peu importe que l'abcès soit sous ou sus-phrénique, le traitement étant le même (nous voulons parler des abcès sous-phréniques postéro-supérieurs que l'on atteint par la résection costale et la voie transpleurale).

Ainsi donc, nous n'essayerons point de distinguer l'abcès sous-diaphragmatique de l'abcès du foie, d'une cholécystite ou d'un kyste hydatique suppurés, d'un abcès de la rate, d'un abcès péri-néphrétique ; nous nous attacherons surtout à distinguer la collection sous-phrénique de la pleurésie purulente, en particulier de la pleurésie diaphragmatique.

Un premier point à noter est que lors d'un épanchement pleural, il n'existe pas de symptômes abdominaux, pas de voussure, pas de déformation des hypocondres. Ceci n'est encore vrai que pour les épanchements de moyen volume. Parfois, en effet, un épanchement gauche pourra déformer l'hypocondre et faire disparaître la sonorité de l'espace de Traube ; de même un épanchement droit pourra déterminer une voussure au niveau des fausses côtes et refouler le foie en bas. Il s'agit alors d'épanchements très abondants qui déterminent un déplacement du cœur : dans le premier cas le cœur sera fortement refoulé à droite, dans le deuxième il subira aussi un certain déplacement et, de plus, la matité remontera très haut, jusque près de la clavicule.

Dans les abcès sous-phréniques, il y a aussi déplacement du cœur, mais celui-ci au lieu de se faire sur un plan horizontal, à droite ou à gauche, se fait suivant une ligne verticale. Le cœur est soulevé en masse vers l'une des aisselles. C'est ainsi que dans l'observation III (abcès sous-phrénique droit) la radioscopie démontra que le cœur avait été refoulé en haut vers l'aisselle gauche.

Un autre signe, indiqué par Guéneau de Mussy : dans les

les collections sus-diaphragmatiques, l'obliquité des côtes augmente ; dans les abcès sous-phréniques, elle diminue.

Par la percussion, et mieux par la radioscopie, on recherchera la forme de la courbe supérieure de l'épanchement ; dans la pleurésie, cette ligne est concave ; dans l'abcès, elle est convexe.

L'auscultation nous fournit aussi des renseignements différents ; nous en avons déjà parlé. Quand on ausculte de bas en haut, on constate au niveau de la zone mate une disparition complète du murmure vésiculaire ; puis, brusquement, au niveau de la limite supérieure de la matité, sans qu'il existe de zone de transition, la sonorité et la respiration reparaissent.

Au contraire, dans la pleurésie, l'auscultation, comme la percussion, démontre une altération nette des phénomènes respiratoires sur une très grande hauteur.

Si l'abcès sous-phrénique s'accompagne d'un épanchement pleural ou d'une pleurésie limitée, ce qui se produit encore assez souvent quand le péritoine diaphragmatique est lésé, le diagnostic devient impossible.

La position du malade varie dans les deux cas : dans la pleurésie, le patient se couche sur le côté malade ; dans l'abcès, il se couche de préférence sur le dos.

La ponction exploratrice est d'une très grande utilité, non seulement parce qu'elle permet de déceler d'une façon indiscutable la présence du pus, mais encore parce que, grâce à elle, on peut parfois préciser le siège exact de la collection et déterminer, par l'examen microscopique, la nature du pus avant l'intervention.

Le pus est-il d'une fétidité extrême, repoussante, d'odeur stercorale ? Y trouve-t-on le coli bacille ? Il y a grande probabilité, comme le fait remarquer F. Brown, pour que la suppuration soit située au-dessous du diaphragme, pour

qu'elle soit abdominale. C'est là un signe de grande valeur pour le diagnostic différentiel. Dans l'observation n° I, nous pouvons voir que M. le docteur Lapin avait fait l'examen du pus retiré par ponction, qu'il y avait trouvé le coli bacille en abondance ; seulement, persuadé qu'il était en présence d'un épanchement pleural, il n'avait pu qu'affirmer l'origine intestinale de cette pleurésie.

D'autres renseignements nous sont encore fournis par la ponction : L'aiguille étant enfoncée de 2 ou 3 centimètres, on obtient un liquide séreux, c'est du liquide pleural. L'aiguille étant enfoncée plus profondément, sous le diaphragme vraisemblablement, du pus apparaît, il s'agit d'une collection située au-dessous du diaphragme.

Ponctionnons maintenant dans un espace bas situé, nous obtenons du pus ; ponctionnons dans un espace plus élevé, nous recueillons du liquide séreux. Le premier liquide venait d'un foyer sous-phrénique,le deuxième de la cavité pleurale. C'est le signe de Scheurlen. Il est d'une grande utilité.

Pfühl conseille d'observer les variations de la tension interne du liquide, pendant les mouvements respiratoires. A l'aiguille de Potain, il adapte un manomètre. Si la collection est au-dessous du diaphragme, le niveau s'élève,au moment de l'inspiration et s'abaisse pendant l'expiration ; si la collection est au-dessus, c'est l'inverse qui se produit.

Jaffé contrôle la vitesse d'écoulement du pus à travers le trocart pendant l'inspiration et l'expiration.

Fürbringer a indiqué un autre signe. Quand l'aiguille à ponction a embroché le diaphragme, elle en suit les mouvements, elle s'abaisse quand le muscle s'élève c'est-à-dire au moment de l'expiration, elle s'élève au contraire pendant l'inspiration. De cette façon on est bientôt sûr d'être au-dessous du diaphragme.

Tels sont les résultats que donne la ponction exploratrice, ils peuvent être d'une très grande utilité.

Un dernier renseignement très précieux, quand il peut être obtenu, est celui que donne l'examen radioscopique. M. Loison a insisté sur les services qu'il rend dans le diagnostic des suppurations hépatiques.

« Quand un malade, dit-il, est porteur d'une collection intra ou péri-hépatique amenant une augmentation de la matité du foie, l'auscultation et la percussion laissent souvent dans l'incertitude et on peut se demander si la matité abdominale est due à une suppuration intra ou extra-hépatique ou bien à un épanchement pleural droit.

» A l'examen, si la plèvre est libre, on voit immédiatement apparaître le dôme diaphragmatique. La coupole droite est située à un niveau plus élevé que la gauche et présente par rapport à cette dernière une dénivellation pouvant atteindre 7, 8 et 10 centimètres (normalement cette différence de niveau existe, mais elle n'est que de 3 ou 4 centimètres). Quand la plèvre est remplie de liquide on ne voit plus le contour du dôme diaphragmatique, on aperçoit plus ou moins haut une ligne horizontale ou à légère concavité supérieure qui indique le niveau de l'épanchement.

» En outre, la moitié gauche continue à se mouvoir par l'effet de la respiration, et le cul-de-sac costo-diaphragmatique reste net surtout pendant l'inspiration ; à droite, au contraire, le diaphragme est immobilisé à peu près complètement et le cul-de-sac est supprimé en partie. En présence de cette image on peut conclure qu'il s'agit d'une lésion hépatique ou péri-hépatique qui a refoulé le diaphragme et l'a plus ou moins immobilisé. »

TRAITEMENT

Le diagnostic rapide suivi d'une intervention immédiate, c'est-à-dire de l'ouverture large et du drainage est le principal facteur de la guérison.

Grâce au traitement chirurgical, l'affection qui était autrefois à peu près fatale a perdu son extrême gravité : à Debove qui disait en 1890 : « Sa gravité est telle que notre fait est le seul qui se soit terminé par la guérison », on peut répondre aujourd'hui en opposant la statistique de MM. Piqué et Jonnesco et celle de Martinet qui donnent, la première 54 cas pour 0/0, la deuxième 60 cas pour 0/0 de guérison parmi les opérés.

Les abcès sous-phréniques sont aujourd'hui passés, nous l'avons déjà dit, dans le domaine de la chirurgie. Il n'y a qu'un traitement, le traitement interventionniste.

Tant que le traitement médical en effet fut le seul employé, les cas de guérison restèrent exceptionnels. Lauenstein, dans la *Semaine Médicale,* donne une mortalité de 95 sur 100 non opérés. Martinet, une moyenne de 88 pour 0/0. Les résultats comme on le voit étaient lamentables. Les rares cas de guérison étaient dûs à l'évacuation naturelle et rapide de la poche par vomique.

Le traitement chirurgical abaissa sensiblement le nombre des décès.

Deux méthodes ont été successivement employées : la ponction et l'incision.

La première est depuis longtemps abandonnée. « Autant en effet, dit Lejars, la ponction-diagnostic est précieuse, autant la ponction-traitement est malfaisante. »

Le vrai traitement est donc l'incision, la large incision, le grand lavage et un bon draînage.

Les points d'incision varieront avec le siège de la collection ; nous résumerons ici rapidement les indications opératoires que M. Lejars donne dans la *Semaine Médicale*.

Les abcès sous-phréniques sont superficiels ou profonds ; les premiers pointent vers la peau, les uns en avant dans la région épigastrique ou de chaque côté sous le rebord des fausses côtes, les autres en arrière dans la région lombaire ; les abcés profonds, ne déterminent extérieurement aucune voussure ou du moins qu'une voussure peu appréciable et c'est profondément qu'il faut aller pour les atteindre.

Voyons d'abord les abcès qui viennent faire bosse à l'épigastre. Ce sont généralement des abcès pyogazeux d'origine stomacale. C'est sur cette saillie que portera l'incision. On fera la laparotomie sus-ombilicale médiane ou latérale, sur le bord externe du droit.

Ce qui est important dans ce cas, c'est de ne pas prolonger l'incision au-delà de la couronne d'adhérences qui limite l'abcès et le sépare du reste de la cavité abdominale. Une fois l'incision faite et l'abcès vidé, on nettoie avec soin la poche, au besoin on fait un lavage à l'eau bouillie, lent, et sans pression, puis on l'explore très prudemment. On en apprécie l'étendue, on cherche à voir s'il n'existe pas de prolongements vers la profondeur, tout cela d'une façon minutieuse de peur de briser par des manœuvres intempestives les barrières de l'abcès et de déterminer une péritonite généralisée.

Si l'on trouve une perforation de l'estomac, doit-on la fermer? Si l'on accède facilement sur elle, si l'orifice n'est pas trop grand, on peut essayer de le faire bien que les difficultés opératoires soient grandes et les chances de réunion diminuées à cause de l'altération des tissus. Mais pour peu que la plaie soit profondément placée et d'accès difficile, pour peu que l'on craigne de rompre les adhérences protectrices, il faut se garder d'insister et établir simplement un draînage soigné de la cavité.

Quant à la plaie stomacale, tantôt, quand elle est très petite, elle se ferme d'elle même ; tantôt elle est trop large pour être fermée, il persiste dans ce cas une fistule alimentaire que l'on fermera dans la suite , tantôt enfin l'orifice est tel, il y a une si grande perte de substance qu'on ne peut espérer de réparation et que la mort s'ensuit rapidement.

Les collections qui se développent dans les hypocondres se divisent topographiquement en deux variétés : les unes sont antéro-inférieures et viennent pointer sous le rebord costal, les autres postéro-supérieures sont profondément incluses.

Pour ouvrir les premières, on peut faire deux incisions différentes : ou bien une incision parallèle au rebord costal, ou bien, un peu en dehors du muscle droit une incision verticale remontant jusqu'à la sixième côte, et permettant d'exciser en coin les septième, huitième et neuvième cartilages costaux, après refoulement en haut du simus costo-diaphragmatique. Cette dernière incision donne beaucoup plus de jour.

Lejars signale les pseudo-tumeurs qui déterminent sous le rebord costal, les abcès de l'hypocondre. Persuadé qu'il y a, immédiatement sous la peau, une collection purulente, le chirurgien incise au point culminant, il tombe sur un péritoine sain et ne trouve pas de poche. Ce n'est que tout à

fait en arrière, très loin, qu'il découvre la partie antérieure du foyer sur lequel on n'arrive que difficilement.

Il faut alors refermer la plaie et aborder l'abcès par la voie postérieure, par la voie transpleurale.

C'est la voie que l'on suit habituellement pour aborder les abcès postéro-supérieurs des hypocondres. Indiquons rapidement la technique opératoire : On réséque d'abord la huitième ou la neuvième côte sur une longueur de dix à douze centimètres, on incise ensuite la plèvre dans le lit de la côte. S'il y a un épanchement pleural on laisse écouler le liquide et on poursuit.

Si la plèvre est vide, tantôt elle est fermée par des adhérences, tantôt il n'en existe pas ; il faut alors fermer la cavité en suturant les deux feuillets pleuraux, costal et diaphragmatique. On incise ensuite le diaphragme distendu par la collection sous-jacente, on laisse passer le flot de pus, on marsupialise et on draîne avec de gros drains.

Notons en passant le procédé qu'indique M. Pacheco Mendès, dans la *Semaine Médicale* de 1903, pour éviter l'infection de la plèvre et le pneumothorax : Après résection sous-périostée des huitième et neuvième côtes sur une longueur de dix centimètres pour l'une et de huit centimètres pour l'autre, on décolle le feuillet pariétal de la plèvre des côtes sous-jacentes jusqu'au point de réflexion de ce feuillet sur le diaphragme ; le cul-de-sac diaphragmatique étant ainsi dégagé et refoulé vers le haut, on incise le diaphragme dénudé à sa partie inférieure et on laisse sortir le pus. De cette façon, la plèvre n'a pas été ouverte, et on ne court aucun risque d'infection.

Enfin, nous arrivons aux collections qui pointent dans la région lombaire. Ce sont habituellement des abcès rétro-péritonéaux. La technique opératoire est toujours la même :

Incision le long du bord externe de la masse sacro-lombaire

qui remonte sur les dernières côtes. L'abcès est-il bas placé, cette incision suffira ; remonte-t-il vers le thorax, on réséque les deux ou trois dernières côtes, on refoule en haut le diaphragme désinséré et le cul-de-sac pleural et on ouvre l'abcès.

Observation I

(Personnelle. Due à l'obligeance de M. le professeur Vincent)

Abcès sous-phrénique consécutif à une appendicite. — Opération. Abcès métastatique du poumon. — Mort.

Le 24 mai 1902, M. le docteur Lapin est appelé auprès de Mlle de S..., âgée de 9 ans. Les antécédents morbides sont presque nuls : quelques angines banales, une rougeole bénigne, c'est tout. Aucune affection intestinale. De temps en temps des crises de constipation : il y a quatre jours elle en a eu une.

Le dimanche, l'enfant est prise de quelques coliques accompagnées d'une légère diarrhée ; un purgatif lui fut administré par les parents le mardi. Le mercredi et le jeudi l'enfant est bien. Le vendredi 24 mai, le docteur appelé trouve la malade au lit.

L'enfant est gaie, se plaint vaguement du ventre, plus spécialement d'une douleur légère au niveau de la vésicule biliaire. Aucune sensibilité, aucun gargouillement dans la fosse iliaque droite. Température 38°1.

Purgation au calomel.

Le lendemain les douleurs abdominales ont augmenté. Douleur assez vive, exacerbée à la pression, au niveau du point

de Mac Burney. De la défense abdominale. Pas d'empâtement.

L'enfant est légèrement abattue, sans prostration, facies un peu grippé.

Pouls 140. Température 38°5.

Le docteur prononce le mot d'« appendicite ».

Le dimanche 26, mêmes douleurs, mais plus vagues remontant un peu le long du colon. Température.. 38°1. Pouls 124, 35 inspirations à la minute.

Cette dyspnée fait craindre au docteur Lapin quelque accident péritonéal. Le ventre n'est pas très sensible. Rien à l'auscultation. Mais à l'occasion des mouvements un peu forts, l'enfant accuse pour la première fois une douleur dans le flanc droit, à la hauteur des fausses côtes.

Deux jours après, plus de douleurs dans la fosse iliaque droite ; ventre souple et indolore, tous les phénomènes péritonéaux se sont amendés. Le praticien pense que le mot « typhlite » s'appliquerait plus justement à cet état.

Pendant quatre jours les mêmes symptômes persistent sans modification. Douleur légère dans la région hépatique — on sent nettement le bord du foie qui paraît augmenté de volume. — De plus, la percussion décèle une zone de matité hépatique s'étendant de jour en jour. En même temps on remarque une légère voussure à la base du thorax. Il y avait un changement de symptômes qui firent penser à un abcès de la face convexe du foie.

Mais le 30 mai on constate à l'auscultation un souffle expiratoire très net à la pointe de l'omoplate droite, tandis que la zone de matité de la base droite va en augmentant et, phénomène nouveau, se déplace sensiblement suivant l'attitude. A ce niveau on constate en outre une suppression des vibrations, de l'égophonie, la voie résonne avec un magnifique timbre de mirliton. D'autre part la malade tousse.

En face de ce tableau comment ne pas admettre une pleurésie avec épanchement ?

« Mais comme la marche bizarre de la maladie, dit M. Lapin, m'avait dérouté plus d'une fois, je voulus avant de me prononcer, m'entourer des conseils d'un confrère, ce qui fut fait le soir même. »

Les symptômes lui parurent si nets que, faisant abstraction des signes d'appendicite qui s'étaient montrés très atténués pendant deux jours seulement, faisant table rase des douleurs hépatiques qui lui parurent ne devoir être que des irradiations nerveuses, il se prononça d'une façon ferme pour la pleurésie.

Le lendemain, confirmation du diagnostic. Mais tandis que pour le docteur Lapin il y avait relation entre les accidents actuels et les premiers symptômes, ce qui lui faisait penser à une pleurésie consécutive à un abcès du foie ou à une pleurésie d'origine intestinale, le confrère consultant pensait qu'il avait dû y avoir un point central de pneumonie et qu'il s'agissait d'une pleuro-pneumonie.

Il n'en était rien. Il n'y avait ni pleurésie, ni pleuro-pneumonie.

Une ponction exploratrice fut faite quatre jours après. On retira un centimètre cube d'un pus jaune, bien lié, à odeur nettement fécaloïde dans lequel les examens que firent MM. Lapin et Lemaire, décelèrent le bacterium coli commune à l'état de pureté.

La pleurésie, dit M. Lapin, était donc bien d'origine intestinale.

Une intervention s'imposait.

M. le professeur Vincent la pratiqua le lendemain.

Résection de la huitième côte à droite sur une longueur de 4 centimètres. On ouvre la cavité pleurale, qui est *absolument sèche*, les deux feuillets sont adhérents. Au-dessous est

le diaphragme distendu. On voit alors quel était le vrai diagnostic : il s'agit d'un *abcès sous-phrénique*, dont la poche ouverte laisse jaillir un bon demi-litre de pus à odeur spéciale : celle du pus appendiculaire. Aussi M. le docteur Vincent fait-il une ponction à 4 centimètres au-dessus et en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, il en retire un peu de pus. Il incise alors les tissus. couche par couche, et pénètre dans la cavité abdominale, et réunit les deux ouvertures par un drain qui traverse l'immense poche péritonéale où le pus s'était collecté.

L'opération dure vingt-cinq minutes.

L'enfant survécut 7 mois et finit par succomber à la cachexie, après avoir présenté des abcès métastatiques, des deux poumons, où l'on retrouva le bactérium coli.

Observation II

Personnelle. (Due à l'obligeance de M. le profeseur V ncent.)

Abcès sous-phrénique (coup de couteau). — Guérison.

Le 26 février 1902, Salomon Lévy entre à l'hôpital de Mustapha, salle Larrey. Il a reçu un coup de couteau au niveau du dernier cartilage costal droit, à un doigt en dehors et au-dessous de l'appendice xyphoïde. La plaie verticale, de 4 centimètres de long, a donné lieu à une forte hémorragie. Le malade est littéralement inondé de sang. Il est très affaibli. L'interne de garde fait quelques points de suture, croyant à une simple plaie superficielle.

Le surlendemain le malade ne présente aucun signe de

lésion profonde, mais un peu de fièvre passagère ; d'abord 38 degrés, 38°8 pendant trois jours, pouls 96, Puis, de temps en temps, un accès presque isolé ; c'est ainsi que huit jours après la première élévation de température, une seconde remonte à 38°5, et que la température se maintiendra désormais entre 37°3 et 38°2, pour redevenir normale un mois après le coup de couteau.

A ce moment, l'interne de service examinant le malade à cause de la dyspnée, diagnostique un épanchement pleural à droite. Une ponction exploratrice donne une seringue de pus. En réalité, les signes d'épanchement ne sont pas très nombreux ni bien nets. M. le docteur Vincent, voyant à son tour le malade, pose le diagnostic d''abcès sous-phrénique.

A cette époque, le 12 avril, on constate :

A l'inspection une forte voussure soulevant la base du thorax à droite sur le trajet de la ligne axillaire. Cette voussure s'étend en haut jusqu'à une ligne horizontale passant par le mamelon et en bas jusqu'à la onzième côte. Elle est latérale, empiète un peu sur les faces antérieure et postérieure. Elle se traduit à la mensuration de l'hémithorax par 4 centimètres en faveur du côté droit.

La peau à ce niveau est normale, sans trace d'œdème.

A la percussion on délimite une zone mate qui se confond en bas avec la matité hépatique qui est abaissée de deux travers de doigt environ. En haut, la matité suit une ligne qui partant de la sixième dorsale se dirige vers la pointe de l'omoplate puis descend à 10 centimètres plus bas au niveau de la ligne axillaire et va aboutir au sternum en rasant le mamelon.

A l'auscultation on constate que la respiration est normale à la base du poumon, les vibrations à ce niveau sont conservées.

Le cœur n'est pas déplacé.

La radioscopie ne fait que confirmer les données précédentes. On suit les mouvements du diaphragme dont la coupole supporte une zone claire : les poumons, et repose à droite sur une masse sombre : l'abcès sous-phrénique.

Ces mouvements sont limités de ce côté, à gauche ils sont bien plus amples et il existe entre les deux lignes sombres qui représentent le diaphragme de chaque côté de la colonne vertébrale une dénivellation très sensible. La ligne droite, fortement convexe, est à 7 ou 8 centimètres au-dessus de la ligne gauche presque horizontale.

Le malade, en outre d'une dyspnée légère, se plaint d'une douleur spontanée au niveau de la partie droite de l'appendice xiphoïde. Au niveau de la voussure une pression légère détermine de la douleur.

Opération le 16 avril. Cocaïne lombaire.

M. le docteur Vincent réséque la huitième côte droite sur une longeur de 8 centimètres. La plèvre est vide. On l'isole par une couronne de compresses. Incision du diaphragme, il s'écoule cinq litres de pus rouge brique. Suture de la plèvre et du diaphragme. Lavage à l'eau stérilisée et drainage de la cavité.

Observation III

(Personnelle. Due à l'obligeance de M. le professeur Vincent)

Abcès sous-phrénique gazeux consécutif à la rupture d'un kyste hydatique du foie. — Guérison.

Mme C..., 44 ans, entre le 5 juin 1902 à la clinique chirurgicale, salle Lisfranc. Elle n'a jamais été sérieusement

malade. Elle est mariée, a eu huit enfants et autant d'avortements. Elle a été domestique et longtemps a du soigner toute une meute de chiens.

Il y a quatre ans, la malade vit une tumeur se développer au niveau de l'hypocondre droit, à ce moment cette tumeur lui occasionne de si fortes douleurs qu'un médecin dut la ponctionner. Il retira trois litres d'un liquide incolore, parfaitement limpide. La malade reprit son travail habituel, mais au bout de quatre mois son ventre se mit de nouveau à grossir et redevint douloureux.

Le 21 mai 1902, M. le docteur Ricoux, de Philippeville, appelé, envoyait la malade à M. le professeur Vincent, après avoir pratiqué une ponction au niveau des cartilages costaux droits, à 15 centimètres de la ligne médiane. Il avait obtenu une seringue de pus de couleur brune et d'une odeur que la malade compare à celle des œufs pourris.

A son entrée, la malade qui est très maigre, très abattue, souffre beaucoup de la région hépatique. Elle présente une dyspnée remarquable (40 à 45 aspirations par minute). Pouls : 120-140. Fièvre : 37°2 à 38°3, 38°6. A l'examen on trouve une légère voussure occupant tout l'hypocondre droit. La peau est normale. Le foie est très abaissé, le rebord hépatique est dans la fosse iliaque droite, à 15 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes. Sa limite supérieure est impossible à déterminer. Il ne semble pas douloureux.

Quand la malade est couchée sur le dos ou sur le côté gauche, la matité est remplacée par une sonorité tympanique. Cette zone s'étend en haut jusqu'à la cinquième côte, en bas jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la dizième côte. Quand la malade est assise, cette sonorité disparaît.

La malade étant sur son séant, la matité remonte jusqu'à

la huitième côte. Elle varie avec les inclinaisons diverses données à la malade, mais reste toujours horizontale.

L'auscultation fait entendre une respiration très diminuée dans le poumon droit, presque nulle à la base. Quand on secoue la malade en écoutant très bas, au niveau de la région dorsale, on perçoit très bien le bruit de succussion hippocratique ; la malade compare ce bruit à celui d'une bordelaise à demi pleine d'eau que l'on secouerait.

Le bruit d'airain est nettement perçu.

Le cœur est refoulé en masse vers l'aisselle gauche, sa pointe bat dans le 4e espace intercostal, à quatre travers de doigt en dehors du mamelon.

Le poumon et la plèvre gauche sont normaux.

A la radioscopie on distingue clairement une zone supérieure lumineuse (le poumon) et une zone inférieure sombre dont la limite supérieure correspond approximativement à la matité en arrière. Cette ligne est horizontale à cinq travers de doigt au-dessous de la pointe de l'omoplate; elle est mobile et on y voit courir de petites vagues quand on secoue la malade. Elle nous paraît siéger au-dessous du diaphragme.

Le cœur est refoulé, ainsi que l'examen clinique nous l'apprenait déjà.

En présence de ces symptômes, deux de nos maîtres portent le diagnostic de pyo-pneumothorax, consécutif à la rupture d'un kyste hydatique de la plèvre, estimant que lors des ponctions les aiguilles ont dû être dirigées de bas en haut, de telle façon qu'elles ont dû pénétrer dans la plèvre.

M. le professeur Vincent admet plutôt l'hypothèse d'une lésion hépatique primitive.

Opération le 9 juin. — Analgésie à la cocaïne lombaire. Incision en arrière de la ligne axilliaire, résection de la huitième côte sur une longueur de 7 centimètres de long et ouverture de la cavité pleurale. Celle-ci est vide. M. le docteur

Vincent suture le diaphragme à la plèvre pariétale. Incision du muscle. Un flot de pus lié, d'odeur fécaloïde, gicle de la plaie. Il s'en écoule ainsi plus de quatre litres avec de grosses hydatides flétries. Lavage à l'eau bouillie. Drainage.

Les suites de l'opération sont régulièrement satisfaisantes.

La fièvre tombe le lendemain à 37° 2, le pouls de 160 à 120.

Le 12. — La plaie a beaucoup suppuré ; l'écoulement est bien moins fétide.

Le 23. — La malade est hors de danger, sa température varie de 37° à 37° 6. Pouls 80.

L'écoulement purulent diminue de jour en jour.

Observation IV

(Personnelle. Due à l'obligeance de M. le professeur Vincent.)

Abcès sous-phrénique, consécutif à une ulcération et perforation de l'estomac. — Mort.

Jean-Baptiste G..., 55 ans. est hospitalisé salle Larrey, 1898-1899.

Dans ses antécédents personnels, on relève la fièvre typhoïde à l'âge de 7 ans et des accès de fièvre palustre à 12 ans. Le malade ne tousse pas. Pas d'éthylisme.

Il y a 52 jours, il a été pris de violentes douleurs dans la région stomacale, si fortes qu'elles l'empêchèrent de respirer. Depuis cinq mois, il souffrait de douleurs gastriques presque continues qui ne s'interrompaient que lorsqu'il prenait quelques aliments. Ces douleurs étaient suivies de vomissements glaireux très acides. Le malade était quelquefois constipé.

Pendant les 20 jours qui suivirent l'apparition de la douleur, le malade continua à souffrir, ne présentant aucun signe de péritonite.

A ce moment, le malade fut pris de vomissements noirs. Les matières fécales étaient noires comme de la suie, de plus le patient prétendit y avoir vu du pus.

Au niveau de l'épigastre apparut une tuméfaction. La peau était rouge, la région très douloureuse. Cette tuméfaction dura une vingtaine de jours, puis disparut. Cet état s'accompagna de frissons et de fièvre.

Etat actuel. — Le malade est très cachectisé, les muqueuses sont décolorées, grand amaigrissement. Etat général mauvais.

A l'examen de l'abdomen, on constate un œdème de la paroi et aussi des jambes. Dans la région sus-ombilicale on délimite une plaque, une sorte de gâteau qui est moins dur qu'au début de la maladie. La pression est toujours douloureuse.

Le foie déborde de quatre travers de doigt les fausses côtes.

Opération.— Incision médiane sus-ombilicale de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Les plans sont œdématiés, on arrive sur le péritoine épaissi, auquel adhère l'épiploon ramassé en un cordon épais.

On détache assez facilement le cordon et aussitôt apparaît entre la face supérieure du foie et le diaphragme une couche purulente s'étendant du côté droit jusqu'au ligament suspenseur. En arrière, des adhérences unissent le sommet de la coupole à la face supérieure du foie.

En détachant un peu plus l'épiploon on s'aperçoit que la première poche sus-hépatique communique avec une seconde cavité contenant des gaz et du pus. Cette cavité est consti-

tuée par l'accolement de la face inférieure du lobe gauche du foie et la petite courbure de l'estomac. En explorant cette cavité M. le professeur Vincent constate une perforation stomacale.

Un drainage est pratiqué dans les différents points.

Le malade succombe le lendemain.

A l'autopsie on constate l'existence d'un vaste ulcère de l'estomac siégeant sur la petite courbure près du pylore. Les bords de cet ulcère sont calleux. Les parois de l'estomac sont épaissies et présentent quelques ecchymoses sous-muqueuses.

L'ulcère mesurait 5 centimètres de long sur 4 de large.

La face inférieure du foie était recouverte d'épaisses membranes constituées, et adhérait fortement à l'estomac au niveau de l'ulcération.

Rien autre de particulier dans les organes voisins.

Observation V

(Résumée. Obs. de M. Paul Carnot, *Semaine médicale* du 21 novembre 1906.

Abcès sous-phrénique droit, à type antero-inférieur, consécutif à une cholécystite suppurée. — Mort. — Autopsie.

Il s'agit d'un homme de 47 ans entré à l'hôpital dans un état de cachexie extrême et mort peu de temps après. Il avait été soigné précédemment pour une maladie d'estomac. Il y a 3 mois, il fut pris d'une douleur terrible, angoissante, du côté droit, au-dessous des fausses côtes ; cette douleur s'atténua, mais le patient dépérit rapidement. A son entrée on constata l'abdomen ballonné, surtout à l'épigastre ; à ce

niveau était une tumeur assez volumineuse ; au niveau de la fosse iliaque gauche, autre plastron abdominal.

Diagnostic présumé. — Péritonite partielle, probablement consécutive àun cancer du pylore. Mort le sixième jour après son entrée.

Autopsie. — Péritonite partielle, mais pas de néoplasme. Il s'agissait d'une cholécystite suppurée ayant donné naissance d'abord à une péri-cholécystite, puis,tout récemment, à une perforation vésiculaire,point de départ d'un énorme abcès sous-phrénique.

En effet, sous la paroi abdominale, vaste collection purulente (3 litres de pus) enkystée, située entre le diaphragme et le lobe droit du foie juqu'au ligament coronaire, limitée à gauche par le ligament suspenseur et plongeant en bas dans le petit bassin.

Enfin, on trouvait en différents points du péritoine deux abcès plus jeunes, l'un entre le foie et le rein, à la partie supérieure de l'arrière cavité des épiploons ; l'autre, dans la fosse iliaque gauche, entre la vessie, l'S iliaque et l'intestin grêle.

Ces données permettaient de reconstituer ainsi l'histoire clinique de l'affection : il s'agissait d'une cholécystite suppurée en évolution depuis longtemps (peut-être d'origine calculeuse) ayant donné naissance à de la péri-cholécystite et à la compression des organes voisins. Il y a 3 mois, la vésicule altérée se perfora brusquement déterminant la douleur angoissante subite ; puis progressivement se développa un abcès sous-phrénique. Cet abcès fusa peu à peu en haut jusqu'au ligament coronaire et en bas jusqu'au petit bassin. Ensuite, par septicémie, se développèrent d'autres abcès, à distance, précédant de peu l'issue fatale.

Observations VI et VII

(Lejars et Courtois-Suffit, cités par Gross.)

Abcès gazeux sous-phrénique, consécutif à une perforation de l'estomac. *Revue de Chirurgie*, 1904, p. 389.

I. — H..., 40 ans, peintre. Accidents mal caractérisés de « gastrite » ; depuis dix ans, de temps en temps, douleurs sourdes dans l'hypocondre droit. Brusquement, douleurs violentes, vomissements, ballonnement du ventre. A son entrée (6 juillet 1897), situation générale grave, tympanisme abdominal considérable, surtout dans les régions supérieures, au niveau des hypocondres et de l'épigastre ; abdomen douloureux à la palpation, douleur surtout accusée au niveau du creux de l'estomac et sur le bord externe du muscle grand droit, à droite. A ce niveau, comme dans le reste de l'abdomen, sonorité exagérée. Pas de selle.

Diagnostic. — Occlusion intestinale. Les jours suivants, amélioration. Ballonnement sous-ombilical moindre, mais resté considérable au-dessous de l'ombilic. Douleur nettement localisée à l'hypocondre droit. Etat général resté très précaire.

Le lendemain, incision médiane sus-ombilicale ; abondante quantité de gaz d'une fétidité extrême, mêlé de pus. Vaste abcès sous-diaphragmatique. Lavage. Drainage. Guérison.

II. — F..., 29 ans. Depuis longtemps, signes très nets d'ulcère de l'estomac. Violente douleur épigastrique et syncope. Ventre à aspect bilobé. Voussure de la région épigastrique, sonore dans la position horizontale, mate dans la posi-

tion assise. Incision sur le bord externe du grand droit. Vaste abcès contenant une abondante quantité de gaz fétides et un litre de pus brunâtre. Grand lavage et draînage de la cavité. Collapsus. Mort quatre jours après.

Autopsie. — Au fond de la poche de l'abcès, perforation de la face antérieure de l'estomac, de la largeur d'une pièce d'un franc. Au fond de l'hypocondre gauche, seconde poche, de dimensions presque égales à celles de la première; sur la face postérieure de l'estomac, une seconde perforation, de la largeur d'une pièce de 0 fr. 20.

Observation VIII

Pyothorax sous-phrénique. (Monod). (*Bull. Soc. Chirurgie*, 1897, p. 735.)

H..., 39 ans (1 r juin 1896). Douleurs gastriques depuis plusieurs années. Crises parfois violentes. Excès de boissons. Aggravation depuis une quinzaine de jours.

Etat actuel. — Fièvre légère, température 38 degrés ; pouls petit, rapide. Ventre tendu, dur, tympanisé, très sensible à la palpation, surtout à l'épigastre. Douleur en broche avec point épigastrique et point postérieur symétrique, irradiant vers l'épaule gauche. Respiration à type costal supérieur. Diaphragme immobile. La fièvre augmente les jours suivants. La région épigastrique, toujours très douloreuse, devient le siège d'un gonflement notable ; la percussion y dénote de la matité. A la base du poumon droit, matité avec abolition des vibrations, souffle pleurétique, pectoriloquie

aphone et égophonie. L'état général devient plus mauvais. Le 20 juin, expectoration d'environ 400 grammes de pus. Nouvelle vomique les jours suivants.

A l'auscultation : égophonie, tintement métallique. La voussure épigastrique a diminué.

Opération. — Ponction exploratrice dans le septième espace intercostal droit ; résultat incertain. Incision dans le huitième espace intercostal : un peu de liquide trouble dans la plèvre. Une ponction plus profonde dans le tissu pulmonaire dur, résistant, ramène du pus. Résection de la huitième côte. Perforation du poumon au thermo-cautère ; on découvre une vaste cavité d'où s'écoulent des flots de pus fétide. Deux gros drains. Lavage. Mort dans la soirée.

Autopsie. — Vaste collection purulente abdominale et thoracique, communiquant à travers une large perforation du diaphragme ; la poche thoracique occupait à la fois la plèvre et le poumon ; la poche abdominale, limitée par des adhérences, était en contact direct avec une perforation de l'estomac siégeant au niveau de la petite courbure. Troisième poche purulente au-dessous du foie.

Observation IX

(Weber, *Deutsche Zeitsch. für Chirurg.*, 1900, tome LIV, cas 5, *in* thèse Rallier du Baty)

Abcès sous-phrénique consécutif à une appendicite opérée. Incision. — Contr'ouverture. — Guérison.

B. E..., 17 ans. Entré le 17 juin 1898, opéré le 18 juillet, sorti le 28 août. Jeune homme jusque-là bien portant. A la

suite d'un tour de rein, il ressent des douleurs abdominales. On diagnostique une appendicite.

Opération. — Il s'écoule à l'incision un liquide séreux, trouble, non odorant ; l'appendice est dirigé vers le foie ; on le luxe ; il tombe alors un cacul fécal et on l'enlève.

Le malade va mieux jusqu'au 25. Mais alors la température tombée à 37° remonte à 38°6.

30 juin.— La percussion donne, en arrière et à droite, de la matité à partir de l'angle de l'omoplate. Une ponction dans le huitième espace donne un exsudat sanglant séro-fibrineux. Il y a nettement sous le rebord costal droit une voussure mate, douloureuse, grosse comme le poing. La matité hépatique est augmentée ; on ne peut sentir le bord tranchant de l'organe.

Opération sous le chloroforme ; incision lombaire depuis le rebord costal, oblique de haut en bas ; muscles fortement œdémateux ; après leur ouverture on vit sortir sous une forte pression un pus très fétide, environ 1|2 litre. Tamponnement ; chute immédiate de la température ; malgré la grande profondeur de la plaie, le malade allait bien. Le 2 août on fit une contr'ouverture en avant entre la huitième et la neuvième côte, et on mit une mèche de gaze iodoformée. La guérison fut complète.

Observation X

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le docteur Cabanes, Professeur suppléant)

Kystes hydatiques du foie traités sans drainage
Abcès sous-phrénique consécutif à la suppuration partielle
de la plaie opératoire

M. X..., âgé de 9 ans, présente un kyste hydatique du foie

(lobe droit). La tumeur fait une saillie en coupole, à la hauteur de l'ombilic, et voussure largement la cage thoracique.

Intervention le 12 octobre 1906 : Incision de 10 centimètres en dehors du droit de l'abdomen, à la hauteur de l'ombilic. Le péritoine ouvert, le foie se présente considérablement abaissé : son bord inférieur descend jusqu'à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Après son isolement minutieux de la plaie opératoire, un premier kyste sans vésicules filles est vidé au Potain ; la membrane fertile est enlevée d'un seul tenant. Nettoyage à l'eau bouillie formolée de la poche qui contenait 400 grammes de liquide clair. Assèchement et fermeture idéale du kyste par un double surget au catgut. Fixation au péritoine pariétal.

En explorant le foie, un second kyste plus volumineux apparaît à la face antéro-supérieure du foie sous la paroi thoracique. Pour l'atteindre, l'incision primitive est prolongée verticalement jusque sur les côtes et élargie transversalement à l'aide d'écarteurs ; elle permet la résection des côtes jusqu'au cul-de-sac pleural.

Pour ce kyste, même manœuvre que pour le premier. Il contient 1500 grammes de liquide. Occlusion du kyste par deux surgets au catgut et fixation à la paroi. L'intervention a été rapide.

Pendant 3 jours, l'état général est bon. Pouls 92-100. On constate un peu de fièvre, 38°.

Le 16 octobre le malade ne souffre pas, mais brusquement la température s'élève, 39°5, 40°. Pouls à 180.

Premier pansement : la partie inférieure de la plaie, la partie abdominale est et restera fermée. La partie supérieure de la plaie ouverte, suppure (suppuration due à une faute dans la préparation de l'opération), elle est drainée et en

quelques jours elle sera nette ; mais elle aura infecté profondément l'espace sous-phrénique.

Du 18 au 28, période durant laquelle la fièvre est tenace et oscille entre 38° 5 et 39 5, le pouls reste fréquent 130-140 ; il existe une légère constipation, un peu d'anorexie, une dyspnée notable. Le malade a de temps en temps le hoquet, sueurs profuses. Apparition d'un faible épanchement pleurétique droit. Nous nous décidons a regret à ouvrir la poche kystique la plus volumineuse, il en sort 300 grammes environ d'un liquide clair.

Après avis de M. le professeur Vincent, nous pratiquons une ponction pleurale et nous retirons 100 grammes de liquide hématique.

Pendant 8 jours, l'état général reste stationnaire, mais le côté droit devient submat en avant jusque sous le mamelon, et en arrière jusqu'à la pointe de l'omoplate. Le malade accuse à l'hypocondre un point douloureux.

Dans toute la zone de matité, les vibrations sont abolies et le murmure vésiculaire est imperceptible. Le phénomène de la succussion n'existe pas.

En présence de ces symptômes, nous portons le diagnostic d'abcès sous-phrénique, consécutif à la petite suppuration de la paroi.

Nous recherchons l'abcès avec une fine aiguille de Potain — à travers le neuvième espace intercostal — ponction dans la ligne axillaire. (Les signes de Fühl et de Fürbringer sont manifestes.)

Nous retirons 300 grammes de pus. Séance tenante, profitant de la plaie opératoire, par voie antérieure sous-costale nous drainons l'abcès qui contenait encore environ 300 grammes de pus.

En deux jours la fièvre tombe.

Le 8 décembre, toutes fistules guéries, le malade se lève.

Le premier kyste opéré n'a donné lieu à aucun signe d'inflammation durant toute cette période.

Observation XI

Professeur Tédenat

(Observation recueillie par M. L. Bousquet, interne du service)

Contusion de l'abdomen, perforation de la paroi postérieure l'estomac. — Abcès sous-phrénétique. — Drainage. — Suture de la perforation gastrique. — Guérison.

Carr..., soldat au 16e escadron du train des équipages, entre le 17 juillet 1901, dans le service du professeur Tédenat (salle Lallemand, n° 26), pour une contusion de l'abdomen.

De bonne santé habituelle, C... a reçu le 15 juillet, à dix heures du matin, un coup de pied de mulet à l'épigastre : douleur vive, pâleur, shock pas très violent. Le malade alla donc à l'infirmerie. On constate : sensibilité épigastrique, pouls à 82 plein, température normale, pas de vomissements. Repos, diète. La journée et la nuit sont bonnes.

16 juillet, lendemain de l'accident, le malade ne souffre pas, facies normal ; mais à dix heures du matin, vomissement bilieux abondant. Le soir, 37°8, pouls à 84 ; le ventre, un peu douloureux à la pression, n'est pas ballonné. Dans la soirée, le malade marche, il prend le tramway pour se rendre de la gare à l'hôpital (3 kilom.). A son arrivée il dit ne pas être fatigué par le voyage ; facies bon, pas de souffrance spontanée. Pas de vomissements. Pouls 84, température 38°. Le ventre n'est pas ballonné. La pression à l'épigastre doit

être assez forte pour provoquer une douleur sourde. On fait appliquer de la glace sur le ventre, 0,10 d'ext. thébaïque en pilules de 2 centigr., diète absolue

Le 18.— Le malade a bien dormi, ne souffre pas, langue normale, pas de vomissements, pas de ballonnement appréciable du ventre, mais le creux épigastrique reste douloureux à la pression. Urine normale 1200 gr., pas de selle depuis hier. Matin, température 37°3. Pouls 82. Soir, température 38°3. Pouls 90.

Le 19.— Bon sommeil la nuit, facies bon. Ventre un peu ballonné surtout à l'épigastre où la pression est un peu plus douloureuse que hier. Ni nausées, ni vomissements. Pouls 88 régulier, assez plein. Température 38°. La laparatomie conseillée déjà hier matin par M. Tédenat est acceptée par le blessé sur les instances du médecin-major Morer.

Opération. — Le 19. — Anesthésie à l'éther. Incision médiane sus-ombilicale de dix centimètres. Le colon transverse se présente distendu, il est refoulé en bas. L'estomac apparaît distendu aussi avec quelques tâches ecchymotiques sur sa face antérieure, surtout au voisinage de la petite courbure. L'épiploon gastro-hépatique est infiltré de sang et porte des traces de déchirures agglutinées par des tractus gris-jaune d'exsudats. Cet épiploon gastro-hépatique est incisé parallèlement à la petite courbure et au-dessus de l'artère coronaire ; vraiment l'incision ne fait guère qu'élargir la ligne de déchirure mal agglutinée par des exsudats infectés.

Le doigt peut par cette incision explorer la face postérieure de l'estomac et l'arrière cavité des épiploons. Dans celle-ci on trouve un grand verre à Bordeaux de bouillie formée par des caillots sanguins, des débris alimentaires et du pus. Les caillots sanguins datent du moment de l'accident, le pus forme environ le quart de la masse totale. La face posté-

rieure de l'estomac est dépolie, sans tension et flasque. On peut la ramener, non sans quelques difficultés mais sans violences, au niveau de l'incision du petit épiploon et en faire une inspection visuelle complète. Il existe des points ecchymotiques rares et superficiels vers la partie moyenne de la face postérieure ; il existe une large ecchymose de six centimètres de diamètre à deux centimètres au-dessous du milieu de la petite courbure et au centre de cette ecchymose est une perforation arrondie de deux centimètres de diamètre, à bords déchiquetés. Tout autour membranes molles gris-rosé. La suture de cet orifice, après nettoyage au moyen de petits tampons de gaze, est faite avec du fil de lin (deux plans). Elle est assez malaisée vu la profondeur, mais pourtant sûre et régulière.

Un drain de gaze légèrement iodoformé est placé et l'incision pariétale est suturée au fil métallique. (Anse unique comprenant les divers plans de la paroi).

Soir. — Le malade a eu un bon réveil, n'a pas vomi, ne souffre pas, a bonne mine. Pouls plein, 84. Température, 38°1.

20 juillet. — Nuit bonne, malade calme, sans douleur, sans nausées ; a rendu des gaz par l'anus. Pouls, 80; température, 37°3.

Soir. — Tout va bien, pouls, 82; température, 37°5. Lavement de 300 grammes de sérum.

Le 21. — Le malade se sent et est très bien. Pouls, 76, 80; température, 37°1, 37°3. On donne matin et soir un lavement de sérum artificiel à garder.

Le 22. — On enlève le drain de gaze qui n'est point souillée. On le remplace par un petit tube de caoutchouc peu enfoncé. Réunion de la suture. Température 37°, 37°4; pouls, 76, 80.

Le 25. — Température et pouls normaux. Facies très bon,

Le 27. — Suppression du drain. Le malade prend un peu de lait qui est très bien supporté.

6 août. — Lait, œufs, purée. Le malade se lève.

Le 20. — Cicatrisation complète. Nourriture ordinaire bien supportée.

M. Tédenat a revu l'opéré à plusieurs reprises. Il est en parfaite santé. (Août 1906).

Observation XII

(Professeur Tédenat)

Kyste suppuré du lobe gauche du foie. — Abcès sous-diaphragmatique. — Incision. — Drainage. — Mort par hémorragie au dix-neuvième jour, quand le malade, considéré comme guéri, se levait depuis quatre ou cinq jours.

Je fus appelé le 5 mai 1900 auprès de M. J. N..., pharmacien à Béziers et que j'avais soigné douze ans avant pour une coxalgie suppurée, mais bien guérie.

Agé de 26 ans, depuis un mois et demi, fièvre continuelle, avec des maxima vespéraux oscillant entre 38° 8 et 40. Pâleur, amaigrissement, quelques frissons il y a huit ou dix jours. Les confrères qui voyaient le malade croyaient à une suppuration des voies biliaires à cause d'un vague ictère survenu trois mois avant et accompagné de pesanteurs dans la région du foie.

Examen local. — Tension à l'épigastre et sous les fausses côtes gauches. Il y a une fluctuation profonde perçue aussi bien à l'épigastre que sur et en dehors de la ligne mamelonnaire sous le rebord costal. Tout le lobe gauche du foie

paraît augmenté de volume. On diagnostique : Abcès sous-diaphragmatique d'origine hépatique. Incision le long du rebord costal gauche. Pus abondant (abcès sous-diaphragmatique et kyste hydatique suppuré du lobe gauche du foie), environ un litre et demi avec nombreuses vésicules flétries. Contre ouverture en arrière pour un gros drain en caoutchouc ; l'incision antérieure est draînée à la gaze qui est étalée en avant de l'estomac.

La fièvre tombe rapidement, l'appétit revient, les digestions sont bonnes.

Le 11 mai (sixième jour après l'opération), j'enlevai la gaze peu souillée, le drain donnant très peu de pus ; il fut laissé en place.

Le 18 mai, l'opéré fut autorisé à se lever. Il n'y avait plus de fièvre ; l'incision antérieure était presque totalement cicatrisée ; le drain donnait une sécrétion insignifiante.

Tout paraissait annoncer la guérison ; le malade passait plusieurs heures dans son arrière pharmacie, mangeant, digérant. Le 24, le docteur Itié passe le voir. « Il dort », lui dit-on. Il repasse deux heures après : « Il dort encore ». Le docteur Itié entre et trouve le malade exsangue, avec un pouls incomptable, les extrémités froides. La mort eut lieu quelques instants après, par abondante hémorragie intra-abdominale.

CONCLUSIONS

I. — La région sous-phrénique est formée par une série de loges, les une intrapéritonéales, les autres extra ou rétro-péritonéales, dans lesquelles peuvent se collecter des épanchements purulents ou gazeux formant autant de foyers de péritonite parfaitement fermés.

II. — Généralement chaque variété anatomique d'abcès a pour cause une lésion d'un organe déterminé, parfois même d'une partie limitée de cet organe.

Mais il peut arriver que l'infection se fasse à distance par la voie sanguine ou lymphatique.

III. — Les abcès sous-phréniques sont pyogazeux ou simplement purulents. Ces derniers ont pour origine : un traumatisme, une affection hépatique, splénique, pleurale, osseuse ou appendiculaire.

Il faut ranger à part les abcès métastatiques dont l'étiologie est assez obscure comme, par exemple, des troubles gastro-intestinaux, dysenterie, constipation.

Les abcès gazeux reconnaissent pour cause presque exclusive une lésion du tube digestif, de l'estomac en particulier. La cause la plus commune qui fournit les deux tiers des cas est la perforation par ulcère de l'estomac.

IV.— La symptomatologie de cette affection est bien connue aujourd'hui ; mais elle est variable avec la pathogénie,

la nature, le développement et l'évolution de l'abcès sous-phrénique. Aussi le diagnostic est-il chose difficile et parfois impossible.

V—. L'important pour le clinicien est de savoir si la collection purulente est, au-dessus ou au-dessous du diaphragme. Il établira son diagnostic différentiel en se basant : sur les anamnestiques, sur l'absence des signes d'une affection thoracique au moins au début ; sur les renseignements fournis par la ponction-diagnostic et la radioscopie.

Le diognostic posé, l'intervention devra suivre aussitôt : ce sera l'ouverture large, suivie d'un grand lavage et d'un bon draînage.

Laparotomie sus-ombilicale, médiane ou latérale pour les abcès pyogazeux d'origine stomacale.

Incision verticale, un peu en dehors du grand droit remontant jusqu'à la sixième côte, avec excision des septième, huitième et neuvième cartilages costaux pour les abcès antéro-inférieurs des hypocondres.

Voie transpleurale pour les abcès postéro-supérieurs des hypocondres. Le diagnostic rapide suivi d'une intervention immédiate est le principal facteur de la guérison.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 décembre 1906.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 28 décembre 1906.
Le Recteur,
A. BENOIST.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Veit. — 1797, cité par Mauclaire et *in* thèse Martinet.
Louis. — 1827, *in* thèse Martinet.
Bright. — 1834, *in* thèse Martinet.
Barlow. — London Méd. Gaz. (mai 1845 et *in* thèse Martinet).
Williams. — London Méd. Gaz. (1846 et *in* thèse Martinet).
Bouchaud. — Bulletin de la Société anatomique, 1862.
Rigal. — Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, 1874.
Hilton Fagge. — Guy's Hospital Reports, 1874.
Pfühl. — Berlin Klin. Wochenschrift, 1877.
Leyden. — Berlin Klin. Wochenschrift, 1879.
Bernheim. — Gaz. hebdom, 1879.
Cossy. — Arch. gén. de Méd. (nov. 1879).
Starke. — Charite Annalen, 1882.
Riz. — Beitr. zür. Klin. chirur., 1890.
Debove et Rémond. — Gaz. des Hôp. 1890.
Jaffé. — Deutsch. Méd. Woschens., 1891.
Thiroloix. — Bulletin de la Soc. anat., 1891.
Rendu. — Lyon Médical, 1875.
Nowack. — Schmidt's Jahrbruch, 1891.
Van Lair. — Revue de médecine (juillet, 1893).
Jayle. — Bulletin de la Soc. Anat., 1893.
Maydl. — Monographie (Vienne, 1894).
Hadra. — New-York, Méd. Journal, (juin, 1894).
Mackensie. — Clin. Society (octobre 1894).
Mauclaire. — Gazette des Hôpitaux (mars 1895).

Lauenstein. — Association med. britannique tenue à Carlisle en juillet 1896 (voir Semaine médicale, 1896).
Beck. — Sub. phrenic abcess. New-York med. record., 1896.
Brown. — Report of the Presbyterian Hospital, 1896.
Monod. — Société de chirurgie, 1897.
Peyrot. — Société de chirurgie, 1897.
Tuffier. — Société de Chirurgie, 1897.
Potherat. — Société de Chirurgie, 1897.
Jalaguier. — Société de Chirurgie et Semaine Médicale, 1897.
Lejars. — Société de Chirurgie, 1897 et Semaine Médicale, 1902.
Courtois-Suffit. — Société Méd. des Hôp., 1897.
Lépine. — Revue de Médecine, 1897.
Körte. — Wereinsbeilage der Deutsch med. Wochensch, 1898.
Spillmann. — Presse Médicale (septembre 1898).
Loison. — Revue de Chirurgie et Semaine Médic., 1900.
Weber. — Deutsche Zeitsch. für Chirurg., 1900.
Faure (J.). — Presse Médicale, 1901.
Christian et Lehr. — Semaine Médicale (août 1903).
Gross (F. et G.). — Revue de Chirurgie, 1904.
Carnot (P.). — Semaine Médicale (février 1906).

THÈSES

Deschamps. — Thèse de Paris 1886.
Ramadam. — — 1891.
Grandsire. — — 1895.
Reverseau. — — 1895.
Thouvenin. — — 1896.
Rosain. — — 1897.
Besredka. — — 1897.
Martinet. — — 1898.
Page. — — 1898.
Sousselier. — Thèse de Lyon 1898.
Dalbès. — Thèse de Toulouse 1900.
Rallier du Baty. — Thèse de Lille 1901.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !